

Успех шведской наркополитики*

В настоящем документе понятие "Европа" относится к следующим государствам: Албания, Андорра, Австрия, Беларусь, Бельгия, Босния и Герцеговина, Болгария, Хорватия, Кипр, Чешская Республика, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ватикан, Венгрия, Исландия, Ирландия, Италия, Латвия, Лихтенштейн, Литва, Люксембург, Мальта, Монако, Черногория, Голландия, Норвегия, Польша, Португалия, Республика Молдова, Румыния, Российская Федерация, Сан-Марино, Сербия, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Швейцария, бывшая Югославская Республика Македония, Турция, Украина, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии. «EU-25» относится к 25 государствам, с 1 мая 2004 г. входящим в Европейский Союз: Австрия, Бельгия, Кипр, Чешская Республика, Дания, Эстония, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Венгрия, Ирландия, Италия, Латвия, Литва, Люксембург, Мальта, Голландия, Польша, Португалия, Словакия, Словения, Испания, Швеция, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии. «EU-15» относится к 15 государствам, составившим Европейский Союз до конца апреля 2004 г.: Австрия, Бельгия, Дания, Финляндия, Франция, Германия, Греция, Ирландия, Италия, Люксембург, Голландия, Португалия, Испания, Швеция, Соединенное Королевство Великобритании и Северной Ирландии. «Западная и Центральная Европа» относится к EU25 и странам ЕАСТ (Исландия, Лихтенштейн, Норвегия, Швейцария). Настоящий документ был подготовлен под руководством начальника отдела политического анализа и исследований Управления ООН по наркотикам и преступности (UNODC) Сандипа Чавлы (Sandeep Chawla) Беатой Хаммонд (Beate Hammond), Сюзанной Куннен (Suzanne Kuppen), Аруной Натвани (Aruna Nathwani) и Томасом Пичманом (Thomas Pietschmann). Мы выражаем свою искреннюю признательность официальным представителям правительства Швеции, в особенности г-же Кристине Гюнно-Огуз (Christina Gunn-Oguz), заместителю национального координатора наркополитики, и г-ну Ульфю Гуттормссону (Ulf Guttormsson), Шведский информационный совет по алкоголю и наркотикам. Настоящий документ не является официальным документом ООН, так как не подвергался редактированию в установленном порядке. Описание и классификация стран и территорий в настоящем исследовании, а также размещение включенного в него материала ни в коей мере не являются выражением какого-либо мнения со стороны Секретариата ООН относительно правового статуса любой страны, территории, города, региона или их властей, определения границ соответствующих территорий, их экономической системы или уровня развития.

Предисловие

В течение трех последних десятилетий употребление наркотиков в Европе последовательно расширялось. Все большее число людей экспериментировало с наркотиками, все большее число людей начинало их регулярное употребление со всеми вытекающими последствиями для работающих и без того с полным напряжением сил национальных органов здравоохранения. Это привело к предположениям, что наркополитики, проводимые различными государствами Европы, не смогли справиться с широко распространившейся проблемой.

Швеция на этом фоне является примечательным исключением. Уровень употребления наркотиков среди учащихся ниже, чем в начале 1970-х. Наличие наркотического опыта и регулярное употребление наркотиков учащимися и населением значительно ниже, чем в остальной Европе. Кроме того, в отличие от общеевропейских тенденций, употребление наркотиков в Швеции в течение последних 5 лет сократилось. Это достижение заслуживает признания.

Ключом к успеху Швеции послужило то, что правительство страны всерьез восприняло проблему наркотиков и смогло придерживаться политики, адекватной ситуации. В Швеции важную роль играют как политика снижения спроса на наркотики, так и политика снижения предложения наркотиков. Кроме того, правительство отслеживает наркоситуацию, периодически оценивает проводимую наркополитику и по мере необходимости вносит в нее коррективы.

Конечно, в подходе к решению наркопроблемы у Швеции есть определенные преимущества. Эта страна находится в стороне от основных маршрутов наркотрафика. Различия в уровне доходов, которые зачастую сопутствуют преступной деятельности, в том числе и наркоторговле, незначительны. Безработица, в том числе среди молодежи, ниже среднеевропейского уровня. Это также снижает риск развития наркомании. Международные исследования показывают, что население Швеции внимательно относится к своему здоровью, что также снижает вероятность широкомасштабного употребления наркотиков. Существует единство мнения относительно

* Редакция журнала «Наркология» РАМН благодарит информационно-публицистический сайт «Нет — наркотикам» (www.narkotiki.ru) за предоставленный материал. Перевод материала осуществлен редакцией информационно-публицистического сайта «Нет-наркотикам»

недопустимости терпимого отношения к производству, перевозке и употреблению наркотиков. Таким образом, населению страны, и, в особенности, молодежи дается четкая и недвусмысленная установка. Наконец, последним по порядку, но не по значимости является тот факт, что сильная экономика страны позволяет надлежащим образом финансировать мероприятия по противодействию наркомании. Увеличение бюджетных ассигнований на контроль за наркотиками, происходившее последние годы, идет рука об руку с сокращением уровня употребления наркотиков.

Я убежден в том, что в целом положительная ситуация, которую мы сегодня наблюдаем в Швеции, — результат политики, целенаправленно проводившейся в этой области. Достижения Швеции являются еще одним доказательством того, что каждое правительство непосредственным образом ответственно за размах наркопотребления в своей стране. Общество зачастую получает ту наркопроблему, которую заслуживает.

*Антонио Мария Коста,
исполнительный директор
Управления ООН
по наркотикам и преступности (UNODC)*

Введение

Настоящий отчет рассматривает развитие шведской политики по контролю за наркотиками, одной из наиболее часто рассматриваемых и обсуждаемых наркополитик в мире.

Основной идеей шведской наркополитики является представление об обществе, свободном от наркотиков, а конечной целью — построение подобного общества. Безоговорочное отрицание наркотиков, наркотрафика и наркомании является по-своему уникальным, особенно если шведская политика по контролю за наркотиками сравнивается с аналогичными политиками других стран Европейского союза. За время своего проведения эта политика неоднократно подвергалась тщательной оценке на национальном уровне — в основном силами специальных экспертных комиссий, созданных для этой цели, или в ходе научных исследований, проводимых как шведскими, так и зарубежными специалистами.

В рамках проводимой работы по рассмотрению национальных и местных политик в области контроля за наркотиками Управление ООН по наркотикам и преступности приняло решение рассмотреть эволюцию шведской наркополитики за истекшие 40 лет. Это краткая оценка, основывающаяся на сведениях из открытых источников, дополненных правительственными документами и сведениями, полученными от правительственных чиновников. Хотя настоящий отчет и не претендует на всеобъемлющий характер, в нем была сделана попытка тщательно оценить имеющиеся свидетельства, включая статистику по употреблению наркотиков, начиная с 1940-х годов.

Настоящий документ рассматривает важные поворотные точки в шведской политике по контролю за наркотиками, включая часто обсуждающийся стокгольмский эксперимент с рецептурным отпусканием наркотиков, введение метадоновых программ и, естест-

венно, идею общества, свободного от наркотиков. К документу прилагается анализ ситуации с контролем за наркотиками в Швеции за рассматриваемый период, демонстрирующий динамику ее развития.

Представляется сложным установить прямую причинно-следственную связь между конкретными политическими шагами и результирующей наркоситуацией. Тем не менее, в случае со Швецией очевидны явные параллели между рестриктивной наркополитикой и низким уровнем потребления наркотиков. Для жителя Швеции крайне низка вероятность попробовать наркотика хотя бы раз в жизни. Еще ниже вероятность регулярного употребления наркотиков. Отношение к наркотикам и их употреблению в обществе однозначно отрицательное. Предварительные расчеты, произведенные для Индекса запрещенных наркотиков UNODC, единого показателя, характеризующего уровень наркопроблемы в отдельно взятой стране, показывают его крайне низкое значение, что подтверждает незначительный уровень наркопроблемы в Швеции, в отличие от других государств. Тем не менее, озабоченность вызывает сравнительно высокая доля наркоманов, употребляющих так называемые тяжелые наркотики. Решения этой проблемы пока не найдены. Настоящий документ не может дать определенных ответов на вопросы о том, как политические меры воздействуют на уровень употребления наркотиков. Он только представляет факты и оставляет читателям возможность делать собственные выводы.

Шведская политика

в области контроля за наркотиками

Возникновение наркомании в Швеции

До 1930-х годов Швеция не знала наркомании. Немедицинское употребление наркотиков было впервые отмечено в 1933 г., однако оно носило очень огра-

ниченный характер. Запрос, направленный в 1940 г. всем врачам, работавшим в государственных и муниципальных структурах здравоохранения, выявил всего 70 случаев наркомании, в основном опийной [1].

Появление приблизительно в 1938 г. амфетаминов привело к распространению наркомании. Вскоре значительная часть населения страны стала спорадически или даже регулярно употреблять амфетамины. Предпринятые контрмеры не привели к сокращению их использования. Так, например, введенный в 1939 г. рецептурный отпуск амфетаминов привел лишь к кратковременной стабилизации уровня продаж. Вскоре после этого объемы продаж стали резко возрастать, поскольку население нашло способы обходить действующие ограничения. В 1943 г. ежегодно потреблялось почти 10 млн таблеток амфетаминов, а предполагаемое число их потребителей составляло 200 тыс. чел. (4,6% от всего населения в возрасте 15—64 года).

В 1943 г. Министерство здравоохранения Швеции выпустило предупреждение о риске злоупотребления стимуляторами. Подобная мера привела к резкому сокращению продаж этих препаратов. Тем не менее, вскоре рынок восстановился и немедицинское употребление препаратов продолжило расширяться. Значительное расширение рынка вызвало появление новых стимуляторов нервной системы амфетаминового типа.

Дексамфетамин и фенметразин использовались в качестве препаратов для борьбы с избыточным весом, а метилфенидат был выведен на рынок в качестве более безопасной версии амфетамина. Возрастающее разнообразие представленных в продаже психоактивных веществ затруднило контроль за их немедицинским использованием.

В первые годы возникновения проблемы наркомании в Швеции власти, как правило, противодействовали ей, предпринимая меры по ограничению доступности того или иного препарата. Это достигалось путем включения его в рецептурный отпуск или дальнейшего ограничения случаев, когда его надлежало выписывать пациентам. Кроме того, Министерство здравоохранения выпускало циркуляры, предупреждавшие практикующих врачей о том, что те или иные препараты представляли особый интерес для немедицинского использования.

Эти политические меры, как правило, давали желаемый результат. Сразу же после их введения объем продаж соответствующего препарата сокращался. Так обстояло дело в 1943 г. с амфетаминами. Аналогичным образом в 1962 г. после предупреждения со стороны Министерства здравоохранения об опасности определенных групп лекарств и ограничениях для врачей по выписке амфетаминов количество выписанных для этих препаратов рецептов значительно сократилось [2].

К созданию национальной политики в области контроля за наркотиками

Комитет по наркотическим веществам

Таким образом, двумя основными мерами шведской наркополитики стали введение требований по рецептурному отпуску и выпуск предупреждений о вредных последствиях для здоровья в результате немедицинского употребления тех или иных лекарств. По мере расширения наркомании в 1960-х годах стала очевидна неэффективность подобных мер, ограничивавшихся только узким кругом лекарственных препаратов.

В мае 1965 г. в ответ на парламентский запрос шведский министр по социальным вопросам объявил о создании в рамках Министерства здравоохранения специальной экспертной группы по вопросам наркомании для рассмотрения сложившейся в этой области ситуации.

Группа приступила к работе через два месяца — 1 июля 1965 г. В январе 1966 г. она была реорганизована и расширена, в результате чего был создан Комитет по наркотическим веществам, состоящий из пяти подкомитетов: по вопросам законодательства, по вопросам лечения, по техническим аспектам диагностики, по социально-медицинским аспектам и по методам профилактики.

Комитет обладал достаточно широкими полномочиями. Перед ним была поставлена задача изучить медицинские, юридические и социальные аспекты употребления наркотических веществ, уделив особое внимание следующим вопросам:

- 1) фактологическое исследование с целью отображения вовлеченных в проблему слоев населения, число, возраст и характеристики наркоманов, их окружения, для определения характера немедицинского употребления лекарственных средств;
- 2) исследование медицинских аспектов, обзор имеющихся методик диагностики и возможного воздействия наркомании на индивида и общество;
- 3) исследование юридических аспектов проблемы;
- 4) обзор профилактических методик с медицинской, юридической и социальной точек зрения, выявление возможных причинно-следственных связей и их важности применительно к возникновению наркомании и ее распространению в обществе.

Результаты работы Комитета, представляющие первое всеобъемлющее исследование наркопроблематики в стране, были опубликованы в 1967 г. Первый доклад (SOU 1967:25) о наркомании содержал результаты исследований объемов и моделей употребления наркотиков среди различных слоев населения, обсуждал способы лечения наркомании и, в том числе, содержал предложения о создании единого реестра наркоманов [3].

Второй доклад (SOU 1967:41) был посвящен юридическим аспектам контроля за наркотиками. Он также призывал к систематическому мониторингу выписывания рецептов по отдельным видам лекарственных средств, включая стимуляторы центральной нервной системы, наркосодержащие лекарства и депрессанты, чтобы отслеживать развитие проблемы и быть в состоянии выявлять неожиданные изменения на ранней стадии [4].

Корпус собранных Комитетом свидетельств послужил основой для принятия законодательства, предназначенного для противодействия проблеме наркомании. В апреле 1968 г. был принят Закон о наркотиках (Narkotikastrafflag (1968:64)), в соответствии с которым перевозка, незаконное производство, приобретение и хранение наркотических веществ были отнесены к числу наказуемых деяний. Были также предусмотрены наказания за преступления, связанные с наркотиками.

*Десять пунктов против наркотиков
(программа 1969 г.)*

В декабре 1968 г. в Стокгольме под председательством национального комиссара полиции прошло совещание региональных полицейских руководителей страны. В завершение встречи было принято решение, согласно которому действиям шведской полиции по предотвращению незаконного оборота наркотиков был придан наивысший приоритет. Правительство Швеции было поставлено в известность о принятом решении, и ему была представлена информация о текущем развитии ситуации с незаконным оборотом наркотиков [5].

Позднее, в 1969 г., правительство Швеции одобрило состоящую из 10 пунктов программу интенсификации общественных усилий по противодействию наркомании. Ее цели заключались в следующем:

- 1) усиление полиции и таможенных служб с целью противодействия наркомании;
- 2) более тесное взаимодействие полиции и таможенных служб как на национальном, так и на международном уровнях;
- 3) право полиции, по постановлению суда, использовать прослушивание телефонных разговоров для выявления лиц, получающих доходы от оборота наркотических веществ, финансируя их поставки, ввозя их в страну контрабандным путем или продавая их в больших объемах;
- 4) ужесточение максимального наказания за серьезные правонарушения, связанные с наркотиками, с четырех до шести лет;
- 5) улучшение и координация мер социального характера по выявлению наркоманов, экстренному лечению и последующему уходу;

6) переработка законодательства о лечении наркоманов с целью повышения его эффективности;

7) созыв конференции молодежных организаций с целью распространения среди молодежи информации об опасности употребления наркотиков;

8) информирование населения об опасности употребления наркотиков;

9) активизация действий Швеции на международном уровне — прежде всего, в рамках Комиссии по наркотическим веществам Организации Объединенных Наций — с целью обеспечения принятия международных законодательных актов по психотропным веществам, в первую очередь амфетамину, фенметразину и др.;

10) создание объединенного комитета с участием, среди прочих, руководителя Национальной полиции, генерального прокурора, прокурора Верховного суда, глав Министерства по социальным вопросам, Национальной таможенной службы, Министерства образования [6].

В соответствии с господствовавшими в то время взглядами на проблему наркомании, 10 пунктов программы уделяют большое внимание мерам правоохранительного характера. Тем не менее, они также затрагивают вопросы сокращения спроса, в особенности обеспечения наркоманов необходимым лечением и профилактики наркомании.

Среди важнейших задач сформированного в январе 1969 г. в соответствии с п. 10 программы Объединенного комитета была профилактика наркомании. Одним из результатов этой работы стала программа по снижению спроса на наркотики, проводимая молодежными организациями. В 1969 г. была распространена подборка фактической информации о наркотиках (Fakta om narkotika). В то же время в газетах была проведена рекламная кампания, рассказывавшая о рисках, связанных с немедицинским употреблением наркотиков.

Эти меры по снижению спроса сопровождались дальнейшим ужесточением наказаний. Как и предусматривалось программой, максимальное наказание за серьезные преступления, связанные с наркотиками и предусмотренные Законом о наркотиках, было увеличено с четырех до шести лет. Вместе с этим, полиция получила разрешение на прослушивание по постановлению суда в каждом конкретном случае телефонных переговоров с целью вскрыть приготовления к серьезным наркопреступлениям.

Швеция также активизировала усилия на международном уровне с целью налаживания эффективного международного контроля над психоактивными веществами. В январе 1970 г. Швеция приняла участие в первой специальной сессии Комиссии ООН по наркотическим веществам в Женеве и решительно поддержала проект Протокола о психоактивных веществах.

*Наркотики по рецепту —
Стокгольмский эксперимент*

В 1965 г. был запущен эксперимент по официальному рецептурному отпуску наркотиков. Основной идеей было «снижение негативных эффектов от употребления наркотиков как для общества в целом, так и для отдельных наркоманов» [7]. Проект был разработан Министерством здравоохранения и реализовывался небольшой группой врачей. Пациентам выписывались как опиаты, так и амфетамины для перорального или внутривенного применения [8].

Проект не был научным экспериментом, так как им не предусматривалось создание контрольной группы, и отсутствовал какой-либо план проведения работ. Он основывался на «либеральном и неавторитарном взгляде» на отпуск наркотиков по рецептам, что на практике означало, что пациенты, хотя и находились под медицинским наблюдением, тем не менее, были практически свободны в выборе размера дозы для употребления. Если у них заканчивались выписанные им наркотики, они с легкостью могли потребовать себе дополнительные дозы.

Число пациентов, задействованных в схеме, возросло с 10 чел. в 1965 г. до более 150 чел. в 1967 г. [9]. В среднем в каждый момент времени терапию проходили 82 пациента. За два года — с апреля 1965 по май 1967 г. [10] было выписано в общей сложности 3300 тыс. доз амфетаминов (около 15 кг) и 600 тыс. доз опиатов (около 3,3 кг). Было хорошо известно, что многие пациенты снабжали значительными количествами наркотиков, полученных по рецептам, своих друзей и знакомых [11].

Проблемы стали очевидны вскоре после начала эксперимента. Поскольку выписанные на законных основаниях наркотики все в больших количествах перенаправлялись на «черный рынок», это вызвало естественное недовольство полиции и прокурора, ведавшего делами по наркотикам [12]. В одном случае предварительное следствие в отношении трех лиц, подозревавшихся в наркопреступлениях, выявило, что один наркоман использовал часть полученных им по рецепту наркотических веществ для инъекций другим наркоманам [13]. В Стокгольме относительное количество арестованных со следами внутривенного употребления наркотиков возросло с 20% в 1965 г. до 33% в 1967 г. [14].

К 1967 г. практически все врачи, участвовавшие в проекте, прекратили выписку рецептов на наркотики. Единственным исключением остался его руководитель — доктор Острем (Ahstrom). В феврале 1967 г. фармацевтический отдел Министерства здравоохранения направил в Дисциплинарный комитет того же министерства отчет, содержащий данные о рецептах, выписанных в ходе реализации проекта. После соответствующего разби-

рательства Дисциплинарный комитет вынес заключение о наличии хорошо обоснованных аргументов, позволявших сделать вывод, что доктор Острем «злоупотребил своим правом выписывать наркотические средства. На этом основании он лишается права выписывать подобные препараты. Однако в связи с необходимостью обеспечить надлежащий уход его пациентам, это решение не вступит в силу немедленно» [15]. В течение переходного периода специально выделенная аптека имела право обслуживать рецепты пациентов, внесенных в список, составленный Министерством здравоохранения. Доктору Острему было рекомендовано направить своих пациентов в психиатрическую лечебницу. Было также определено, что вся работа по оформлению рецептов на наркотики должна быть завершена к 30 апреля 1967 г. Доктор Острем обжаловал это решение, однако правительство не изменило своей точки зрения.

Программа оказалась в центре внимания, когда в апреле 1967 г. 17-летняя женщина скончалась от передозировки морфина и амфетамина, полученных ею в рамках реализации проекта. Этот случай широко освещался средствами массовой информации. Существует достаточно широко распространенная точка зрения, гласящая, что именно этот случай и сопутствовавший ему взрыв негодования в обществе привели к закрытию проекта. На самом деле это не соответствует действительности. Решение прекратить программу было принято намного раньше. Проект был закрыт 1 июня 1967 г. Совершенно очевидно, что его первоначальная цель не была достигнута.

Поскольку свертывание проекта совпало по времени с публикацией докладов Комитета по наркотическим веществам, прекращение рецептурного отпуска наркотиков и последовательное ужесточение шведской политики контроля за наркотиками периодически связываются между собой. Однако рассмотрение соответствующих документальных свидетельств не говорит об очевидном наличии подобной связи.

Фактом остается лишь то, что широкое обсуждение этого проекта, в особенности когда с момента его завершения прошло уже много времени, продолжалось. С годами он стал символом безвозвратно ушедшей эпохи наркополитики, олицетворявшей более терпимое отношение к употреблению наркотиков. Проект также использовался в качестве иллюстрации того, как могут выйти из-под контроля задуманные из самых благих побуждений меры по «снижению вреда». Иногда его результаты использовались даже для того, чтобы показать улучшение благосостояния отдельных его участников. Как эксперимент, не носящий научного характера, он не может служить доказательством ни в том, ни в другом случае.

*Личное мнение об эксперименте
«Наркотики по рецепту»*

В то время я работала в полицейском управлении Солны, в настоящее время вошедшем в состав полиции Большого Стокгольма. В нашем районе жило три (!) известных нам наркомана. Все они жили в однокомнатных квартирах. Они знали нас, мы знали их и периодически навещали к ним дом. Все изменилось после начала эксперимента. В квартирах мы порой обнаруживали по 10–20 человек в состоянии наркотического опьянения, массу незаконно выписанных наркотиков, и ничего не могли с этим поделать. Через несколько месяцев в нашем районе были уже сотни наркоманов, и полиция целиком утратила контроль как над ними, так и над наркотической ситуацией в целом. После того, как от полученных по рецептам наркотиков скончались несколько человек, эксперимент был остановлен. Во время проведения эксперимента число преступлений, связанных с наркотиками, упало практически до нуля просто из-за того, что употребление и хранение наркотических веществ перестало входить в отчетность. В то же время был отмечен рост почти всех других видов преступлений. Полиция была просто не в состоянии бороться еще и с уличной наркопреступностью.

(Источник: выступление детектива-суперинтенданта Евы Бреннмарк (Detective Superintendent Eva Brannmark), Управление полиции Швеции, на международной конференции полицейских сил по вопросам наркомании, Оттава, август 2003 г.)

*Роль Нильса Бейрута
в создании шведской политики
по контролю за наркотиками*

Формирование теоретических основ рестриктивной шведской наркополитики 1970—1980-х годов в значительной степени связано с именем Нильса Бейрута (Nils Bejerot), которого зачастую называют отцом-основателем шведской политики в области контроля за наркотиками. Будучи заместителем специалиста по социальной психологии Совета по делам детей и молодежи Стокгольма, он в 1954 г. впервые выявил случаи внутривенного употребления наркотиков по дорожками. В большинстве городов Европы подобные случаи были зафиксированы много позже.

В 1965 г. Бейрут инициировал проведение в стокгольмской тюрьме предварительного заключения исследования с целью мониторинга распространенности в городе инъекционной наркомании. Результаты подтвердили его скептическое отношение к последствиям рецептурного отпуска амфетамина наркоманам.

В 1969 г. Бейрут основал «Ассоциацию за общество, свободное от наркотиков» (RNS), сыгравшую важную роль в формировании шведской наркополитики [16]. Он предупреждал о последствиях «наркоэпидемии», инициируемой молодыми, социально и психологически нестабильными людьми, которые, обычно в результате своего рода инициации со стороны другого наркомана, начинали принимать социально неприемлемые наркотические вещества с целью достижения состояния эйфории. Его в особенности заботила высокая психосоциальная заразность

употребления наркотиков, которую он рассматривал в качестве производной от восприимчивости индивида и экспозиционного давления наркотической среды.

Одной из ключевых предпосылок распространения наркомании была доступность наркотика. В то время как восприимчивость индивида с трудом поддавалась внешнему воздействию, экспозиционное давление наркотической среды могло быть ограничено путем проведения соответствующей наркополитики. Поэтому, делая вывод Бейрут, общество должно проводить рестриктивную наркополитику с целью снизить доступность наркотика. Он также считал, что целью наркополитики является наркопотребитель, поскольку именно наркопотребитель является незаменимым звеном в цепи распространения наркотиков, в то время как наркоторговцы в случае их ареста легко могли быть заменены другими торговцами. Кроме того, он видел необходимость широкой общественной поддержки противодействия наркотикам, своего рода общественного восстания против наркоэпидемии. Достичь этого предполагалось путем соответствующего соглашения различных политических сил и масштабными информационными кампаниями. Практическими результатами, реализованными в течение ряда лет, стали: расширение деятельности по профилактике и лечению, в то же время введение уголовных наказаний не только за распространение наркотиков, но и за их употребление; рассмотрение каннабиса в качестве первого наркотика в цепи, ведущей к наркомании (гипотеза «ворот»); достижение общенационального консенсуса по вопросам наркополитики вне зависимости от взглядов конкретной партии, поддерживаемого давлением со стороны организованных групп гражданского общества.

Введение метадонной терапии

В то время как в Стокгольме показал свою неэффективность рецептурный отпуск амфетаминов и опиатов, ученые в близлежащем городе Упсала исследовали новые методы лечения героиновых наркоманов. Результаты клинических тестов метадонной терапии, опубликованные в 1965 г. в «Журнале американской медицинской ассоциации», вызвали большой интерес в Швеции, и в следующем, 1966 г., в Центре психиатрических исследований города Упсала была открыта Шведская национальная программа метадонной терапии.

Швеция стала первой страной в Европе, начавшей практиковать метадонную терапию, задолго до того, как она стала общепринятым способом лечения наркомании и, невзирая на то, что наиболее «проблемными» наркотиками в плане обеспечения лечения были амфетамины, а не опиаты. Национальная программа метадонной терапии проводилась в Швеции без изменений в течение 23 лет, став, таким образом, наи-

более продолжительной программой такого рода в Европе. Программа была достаточно обширной, принимая во внимание незначительную популяцию героинового наркоманов, даже в сравнении с аналогичными программами других стран, более благосклонно относящихся к политике «снижения вреда» [17]. В целом программа рассматривается как очень успешная. Среди положительных результатов можно назвать следующие: среднегодовой уровень воздержания 90%; значительное снижение наркомании, преступности и проституции в сравнении с положением дел до лечения; радикальное сокращение смертности среди лиц, оставшихся в программе [18].

Роль Швеции

в подготовке Конвенций ООН 1961 и 1971 гг.

На международной арене Швеция всегда активно выступала за введение международных мер по контролю за наркотиками. Уже в начале 60-х годов страна присоединилась к подавляющему большинству действовавших в то время международных соглашений по контролю за наркотиками, за исключением Конвенции 1936 г. о подавлении незаконного оборота наркотиков. Швеция даже вошла в число участников неоднозначного Опийного протокола 1953 г., ограничивавшего количество мировых производителей опиума семью странами.

В 1961 г. Швеция была одной из 73 стран, представленных на Полномочной конференции по принятию Единой конвенции о наркотических средствах и подписала указанную Конвенцию. Конвенция 1961 г. была ратифицирована Швецией в 1964 г.

Вопросом, находившимся в центре внимания шведского правительства, стало проведение согласованных международных усилий по противодействию стимуляторам. Применение стимуляторов не было ограничено во многих европейских странах, где производились эти вещества, что сильно затрудняло противодействие им на национальном уровне. Специализировавшиеся на этом оптовые торговцы организовали активно действовавший бизнес по удовлетворению немедицинского спроса на препараты в странах с более рестриктивным подходом, в основном в Скандинавии. Взяв на себя инициативу в Скандинавии, Швеция призвала страны-производители к сотрудничеству [19]. В 1965 г. Швеция призвала комитеты по лекарственным средствам ВОЗ «установить контроль над стимуляторами и депрессантами» [20].

В 1970 г. Швеция приняла участие в работе первой специальной сессии Комиссии ООН по наркотическим средствам, играя активную роль в продвижении идеи контроля над психоактивными веществами. Во время подготовки Конвенции о психотропных веществах Швеция вместе с другими скандинавскими государствами и странами «советского блока» сформировала, по

выражению исследователя наркополитики МакАллистера (McAllister), коалицию «жесткого контроля», выступавшую за строжайшие ограничения для всех классов психоактивных веществ [21]. Положения принятой в 1971 г. Конвенции по ряду позиций оказались менее жесткими, нежели рассчитывала Швеция, в основном в результате усилий фармакологической промышленности, прибегнувшей к помощи ряда бывших сотрудников ООН для того, чтобы обеспечить отсутствие контроля над своей продукцией. Тем не менее, Конвенция преуспела в установлении строгих ограничений для амфетаминов, являвшихся для Швеции основным проблемным наркотиком.

Швеция выступала не только за введение дополнительных мер международного контроля. Напротив, в ходе подготовки Протокола 1972 г., вносящего изменения в Конвенцию 1961 г., именно Швеция предложила смягчение штрафных санкций Конвенции, заявив, что наркоманам в качестве альтернативы или дополнения к наказанию должны быть предложены меры по лечению, реабилитации и социальной адаптации [22].

Швеция также предложила, чтобы измененная Конвенция включала в себя специальную статью, требующую от стран-участниц предпринять все возможные меры для профилактики наркомании, а также для ее раннего выявления, лечения, образования, ухода, реабилитации и социальной реинтеграции лиц, страдающих наркоманией. Предлагая соответствующие изменения, представитель Швеции заявил, что «целенаправленные действия против наркомании должны быть направлены как против спроса, так и против предложения. Другими словами, следует соблюдать баланс между мерами по контролю, правоохранительной деятельностью и т.д., с одной стороны, и лечебной и реабилитационной работой, — с другой» [23]. Оба предложения были приняты и стали статьями Конвенции 1961 г., измененными Протоколом 1972 г.

Идея общества, свободного от наркотиков

Последовательное развитие рестриктивной политики

На национальном уровне 1970-е годы были отмечены ростом героиновой наркомании, приводившей, как и в других европейских странах, к росту смертности среди наркоманов [24]. В 1972 г. в Закон о наркотиках были внесены очередные изменения, увеличившие максимальное наказание за серьезные преступления до 10 лет. В то же время наркоманы были защищены от преследования. Начиная с 1972 г. прокуроры имели право снимать обвинения в хранении наркотиков, если обнаруженное количество наркотического вещества не превы-

шало объема, соответствующего недельной дозе потребления.

Тем не менее, наркомания продолжала беспрепятственно развиваться, что, возможно, привело к изменению отношения к ней в обществе. Очень скоро появились люди, полагавшие, что долгом общества является вмешательство в действия отдельных наркоманов, чьи жизни находились в опасности, а также принятие более решительных мер против всех форм незаконного оборота наркотиков [25]. В 1978 г. в парламент был внесен законопроект (Ргор. 1977/78:105), предусматривавший пересмотр стандартов полицейской антинаркотической деятельности. Этот стандарт предусматривал не снижение уровня наркомании, а ее уничтожение. В законопроекте говорилось: «Борьба против наркомании не может быть ограничена только ее сокращением, но должна быть нацелена на устранение наркомании. Наркомания никогда не может быть принята в качестве части нашей культуры» [26]. Законопроект был принят парламентом и подтвердил основные принципы наркополитики: «Основой борьбы является тот факт, что общество не приемлет никакого употребления наркотиков, кроме как в медицинских целях. Все иные способы применения являются незаконными и должны встречать силовое противодействие» [27].

После этого политика была еще более ужесточена. В 1980 г. было издано новое распоряжение прокурорам, запрещавшее им снимать обвинения с наркоманов, за исключением случаев, когда порция наркотиков, хранящаяся для личного употребления, была настолько мала, что не подлежала делению на более мелкие порции — т.е. не более чем одна доза каннабиса или одна доза

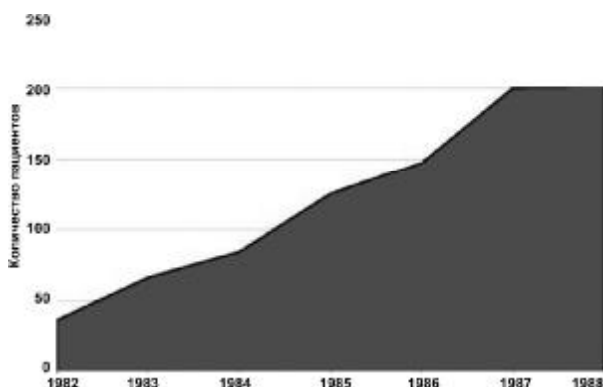


Рис. 1. Количество пациентов, выписанных после принудительного лечения, Швеция, 1982–1988 гг.

Источник: адаптировано из Матс Рамстедт (Mats Ramstedt), Наркопроблема в Швеции в 1979–1997 гг., по данным официальной статистики, в сборнике Статистика по алкоголю, наркотикам и преступности в Балтийском регионе, под редакцией Хокона Лейфмана (Håkan Leifman) и Нины Эдгрэн Хенрихсон (Nina Edgren Henrichson), Северный совет по изучению алкоголизма и наркомании, том 37, Хельсинки, 2000 г.

стимулятора центральной нервной системы. Более того, обвинения в хранении героина, морфина, опиума или кокаина в принципе не должны были сниматься. Через год наказания за наркопреступления были снова ужесточены: максимальный срок тюремного заключения за незначительные преступления был поднят с 2 до 3 лет, кроме того, минимальный срок наказания за серьезные преступления был увеличен с одного до двух лет. В 1982 г. были внесены изменения в Закон о социальном обеспечении, что позволило государству проводить принудительное лечение совершеннолетних наркоманов.

В октябре 1984 г. был принят еще одно постановление правительства (Ргор. 1984/85:19) о «скоординированной и интенсифицированной наркополитике», которое формулировало цель шведской наркополитики — создание общества, свободного от наркотиков. «Целью общественных усилий является построение общества, свободного от наркотиков. Эта цель сформулирована Парламентом и энергично поддерживается гражданскими организациями, политическими партиями, молодежными организациями и другими общественными движениями» [28]. Постановление побуждало людей к активности, говоря, что «каждый, столкнувшийся с этой проблемой, должен ею заниматься. Власти никогда не смогут избавить (индивида) от личной ответственности и участия. Усилия родителей, семьи, друзей играют особенно важную роль. Школы и неправительственные организации также являются важными инструментами в борьбе против наркотиков» [29].

Эта картина общества, свободного от наркотиков, по-прежнему является доминантой общественного сознания. Конечная цель — это общество, в котором наркомания является социально неприемлемым маргинальным явлением. В рамках достижения этой цели лечение наркомании производится без употребления наркотических средств, а уголовные санкции являются обычным следствием наркопреступления [30].

Изменения в системе лечения

После официального объявления доктрины общества, свободного от наркотиков, фокус антинаркотической деятельности начал все в большей степени сосредотачиваться на наркомане. Наркоманы могли быть принуждены к лечению. Закон о социальном обеспечении (1980:620) предоставил возможность службам социального обеспечения проводить принудительное лечение совершеннолетних наркоманов и алкоголиков.

Постановление о принудительном лечении может быть издано только при соблюдении определенных юридических условий. Их два:

а) лицо нуждается в уходе/лечении по причине продолжающегося злоупотребления алкоголем, наркотиками и летучими растворителями;

б) необходимый уход не может быть предоставлен в рамках действующего Закона о социальном обеспечении.

Изначально любому алкоголику или наркоману предлагается добровольно пройти курс лечения в соответствии с Законом о социальном обеспечении. Комитет по социальной защите, работающий по вопросам профилактики и противодействия злоупотреблению алкоголем и другими психоактивными веществами, действует в согласии с индивидом в соответствии с Разделом 11 Закона о социальном обеспечении. Порядок принудительного лечения был заложен в Законе об уходе за лицами, злоупотребляющими алкоголем или наркотиками (Специальная часть) (1981:243), вступившем в силу в 1982 г. одновременно с Законом о социальном обеспечении. Введение обязательного лечения привело к увеличению числа пациентов, получивших медицинскую помощь.

Условия принудительного лечения были изменены в 1988 г. Максимальная продолжительность подобного лечения была увеличена с 2 до 6 мес., и в целевую группу были включены также лица, злоупотребляющие летучими растворителями. Закон об уходе за лицами, злоупотребляющими алкоголем или наркотиками (Специальная часть) (1988: 870), имеет целью мотивировать наркоманов таким образом, чтобы побудить их к «сотрудничеству в продолжительном лечении и принятию поддержки в отказе от наркотиков» [31]. Условия, которым должно удовлетворять лицо, подвергающееся принудительному лечению, включают в себя не только «очевидную угрозу его/ее жизни» [32], но и ситуацию, в которой «существуют опасения, что он/она могут причинить серьезные повреждения себе или кому-либо еще, с кем он/она находится в близких отношениях» [33].

Концепция принудительного лечения может рассматриваться в качестве логического следствия в стремлении к обществу, свободному от наркотиков. Однако шведский опыт в этой области не является уникальным. Подобные концепции применялись и в ряде других стран, в том числе и в Нидерландах [34], где взгляд на наркотики отличается от шведского.

В 1990-х годах количество пациентов, принятых в программу стационарного лечения, как добровольного, так и принудительного, сократилось в основном вследствие сокращения соответствующих бюджетных ассигнований в первые годы десятилетия. Впоследствии предпочтение стало отдаваться лицам, изъявившим желание пройти курс лечения. Таким образом, на 1 ноября 2005 г. только 6% из числа алкоголиков и наркоманов, проходивших лечение в стационарах системы социального обеспечения, находились там на принудительной основе.

Возможно, в этом сыграли роль и другие факторы. С приходом в Швецию ВИЧ в стране была разработана концепция «Наступательного лечения наркоманов». Она уделяет особое внимание аутрич-работе и имеет целью мотивировать наркоманов к лечению. В 1986 г. в основных муниципалитетах и округах социальной защиты больших городов начали создаваться так называемые базы ухода за наркоманами. Был открыт ряд лечебных стационаров и начат целый ряд совместных проектов, проводимых службами социальной защиты и представителями пенитенциарной системы, а также службы по контролю за условно освобожденными. Сокращение бюджетных ассигнований в начале 1990-х годов привело к определенному свертыванию этой деятельности. По мере улучшения бюджетной ситуации в последние годы основной тенденцией стала разработка вариантов амбулаторного лечения.

Введение программ обмена игл

В 1985 г. количество вновь зарегистрированных ВИЧ-положительных лиц среди инъекционных наркоманов составило 142 чел. (45% от всех зарегистрированных случаев), а в следующем году, когда к ним добавилось еще 204 случая, это послужило отправной точкой для оживленного обсуждения этого явления. Следует ли считать лечение наркоманов методами, свободными от наркотиков, основным принципом решения проблемы, или же следует перенацелить политику на ограничение социального и медицинского урона? В результате было принято решение о возможности обоих вариантов. Жесткая политика по отношению к наркоманам была продолжена, однако в тех областях, где это необходимо, применялись меры «снижения вреда».

Проекты по обмену игл были начаты в Мальме и Лунде в 1987 и 1986 гг. соответственно. В Мальме в программе ежегодно задействовано порядка 1000 чел. [35]. Наряду с Нидерландами Швеция была одной из первых стран Европы, приступивших к реализации подобных программ. В апреле 2006 г. парламент Швеции принял постановление, предлагающее новый закон (Lag (2006:323), позволяющий при определенных условиях реализовывать в различных районах страны программы по обмену игл. Министерство здравоохранения и социальной защиты может выдать региональному органу здравоохранения разрешение на проведение программы обмена игл в случае, если просьба об этом была поддержана местным населением. Программы должны быть организованы таким образом, чтобы мотивировать наркоманов к лечению, а подающий заявку на их проведение орган здравоохранения должен описать, как он намерен выполнять необходимые требования по детоксикации и лечению. Новый закон вступил в силу с 1 июля 2006 г.

*Употребление наркотиков
становится наказуемым*

В 1988 г. употребление наркотиков стало наказуемым деянием. В то время подобный шаг мотивировался необходимостью: «продемонстрировать решительный отказ общества принимать какую бы то ни было деятельность, связанную с наркотиками» [36]. Помимо этого считалось, что криминализация личного употребления будет иметь профилактический эффект, особенно среди молодежи. Также была подчеркнута необходимость принятия общего подхода к проблеме со стороны всех северных стран — в то время употребление наркотиков уже было наказуемо по нормам норвежского и финского законодательства. Наиболее серьезным наказанием был штраф.

В 1993 г. законодательство претерпело дальнейшее ужесточение — в число возможных наказаний вошло тюремное заключение (1992/93:142). Полиция получила право проводить освидетельствование в форме анализов крови или мочи в случаях, когда существовали веские основания подозревать лицо в употреблении наркотиков. Целью подобного ужесточения было «предоставить возможности вмешательства на ранней стадии с тем, чтобы решительно предупредить молодых людей от упорствования в употреблении наркотиков и улучшить лечение тех наркоманов, которые уже отбывают срок тюремного заключения» [37]. Несмотря на это, оценивая меры, предпринимаемые пенитенциарной системой, Национальный совет по профилактике преступлений Швеции пришел к заключению, что, «основываясь на доступной информации о тенденциях в употреблении наркотиков, невозможно сделать однозначный вывод о том, что криминализация наркопотребления и ужесточение соответствующих наказаний возымело сдерживающее действие на наркотические привычки молодежи или остановило вовлечение в наркосреду новых участников» [38]. Напротив, Совет выявил, что экспериментирование с наркотиками среди шведской молодежи имеет тенденцию к росту точно так же, как и в других странах Европы.

Шведская политика в области наркоконтроля также изменилась, введя более жесткие наказания за преступления, связанные с наркотиками.

*Прогрессивное ужесточение
шведского наркозаконодательства
(1968—1993 гг.)*

- 1968 — принятие Закона о наркотиках (Narkotikastrafflag (1968:64));
- 1969 — максимальное наказание в случае серьезных преступлений повышено до 4 лет тюремного заключения;

- 1969 — максимальное наказание в случае серьезных преступлений повышено до 6 лет тюремного заключения;
- 1972 — максимальное наказание в случае серьезных преступлений повышено до 10 лет тюремного заключения;
- 1980 — циркулярное письмо Генерального прокурора по отдельным вопросам, связанным с рассмотрением дел о наркотиках: отмена уголовного преследования по правонарушениям, связанным с наркотиками, возможна только в случае, если речь идет о хранении неделимых доз наркотиков;
- 1981 — максимальное наказание в случае несерьезных преступлений повышено до 3 лет тюремного заключения;
- 1981 — минимальное наказание в случае серьезных преступлений повышено с 1 года до 2 лет тюремного заключения;
- 1981 — введение принудительного лечения наркоманов;
- 1985 — максимальный срок тюремного заключения за незначительные преступления, связанные с наркотиками, увеличен до 6 мес.;
- 1988 — употребление наркотиков карается штрафом;
- 1988 — принятие Закона об уходе за лицами, злоупотребляющими алкоголем или наркотиками (1988:870);
- 1993 — употребление наркотиков карается тюремным заключением (1992/93:142).

**Подтверждение идеи общества,
свободного от наркотиков**

Комиссия 1998 г. по наркотикам

В ходе экономического кризиса 90-х годов на местном уровне были проведены значительные бюджетные сокращения. Муниципалитетам не давали возможности повышать налоги, а это означало, что собираемые средства в первую очередь направлялись на помощь престарелым и нетрудоспособным. Ресурсы, выделяемые социальным службам, оставались на более-менее постоянном уровне, однако направлялись в области, не связанные с лечением наркозависимых и уходом за ними. В соответствии с данными Министерства здравоохранения и социальной защиты, стоимость ухода за наркозависимыми, представленная в процентном соотношении к затратам на социальное обеспечение, с 1995 г. неуклонно сокращалась. От сокращения финансирования в наибольшей степени пострадали лица, употреблявшие наркотики в больших количествах. Аутрич-работа с наркоманами стала большой редкостью. Сокращение финансирования

совпало с ростом наркомании и связанных с наркотиками проблем.

Возобновление проблемы с наркотиками привело к формированию в 1998 г. Специальной комиссии — Комиссии по наркотикам. Состоявшая из шести экспертов комиссия имела полномочия по пересмотру, обсуждению и предложению всех возможных вариантов для улучшения действий правительства по достижению поставленной цели — общества, свободного от наркотиков. В 2001 г. был опубликован доклад комиссии, носивший достаточно симптоматичное название «На перепутье — вызов наркополитики».

Комиссия обозначила принципиальные упущения в области контроля за наркотиками и пришла к выводу, что «настоящее состояние наркополитики в первую очередь вызвано тем, что вопрос наркотиков отошел на второй план в списке первоочередных политических задач» [39]. Отсутствие политической озабоченности, продолжала Комиссия, отражается в «сокращении финансирования властных структур и других общественных секторов, которым приходится иметь дело с наркотическими веществами и последствиями их употребления. В последние годы все сектора общества в этой области испытали значительные урезания бюджета, в то время как сама проблема в это время обострилась и расширилась» [40].

Тем не менее, конечная цель построения общества, свободного от наркомании, под вопрос не ставилась. Напротив, говоря об общих целях проводимой политики, Комиссия по наркотикам заявила, что «рестриктивная политика Швеции в отношении наркотиков должна быть поддержана и усилена. Комиссия не выявила доводов или фактов, говорящих о том, что политика снижения уровня защиты общества от наркомании и наркоторговли улучшит ситуацию как для отдельных наркопотребителей, так и для общества в целом» [41].

Это не говорит о том, что Комиссия не нашла вообще никаких недочетов в реализации государственной наркополитики. Комиссия очень критически подошла к действиям или отсутствию последовательных действий, предпринимаемых с целью сократить спрос на наркотики. В своем докладе Комиссия по наркотикам сформулировала предложения, нацеленные на создание обоснованности и сбалансированности, а также на усиление, обновление и развитие рестриктивной наркополитики. Некоторые основные выводы Комиссии приводятся ниже.

Усиление политического руководства. Комиссия отмечает необходимость более отчетливой расстановки приоритетов, четкого контроля и лучшего отслеживания наркополитики и рекомендует назначение министра, в полномочия которого будет входить организация и направление антинаркотической деятель-

ности. Правительство прореагировало на это предложение учреждением должности "национального координатора по наркотикам", который приступил к работе с января 2002 г.

Меры по борьбе со спросом. Комиссия отмечает, что основная часть проделанной профилактической работы характеризовалась принятием некоторых временных мер и проектов, зачастую не приспособленных к проведению на регулярной основе. Комиссия также выявила серьезные недостатки в организации лечения наркозависимых, и, вдобавок к этому, посчитала объем подобного лечения несоизмеримым с реальными потребностями. Обратившись к профилактике, Комиссия отметила, что для успеха профилактических мер они должны быть «включены в систему мер, ограничивающих доступность наркотика, должны присутствовать четкие правила, основывающиеся на общественных нормах и ценностях, а также эффективное лечение и уход за наркозависимыми».

Меры по борьбе с предложением. Комиссия не нашла серьезных недостатков в законодательстве или методах работы, используемых властями в области контроля за наркотиками. Взаимодействие между правоохранительными органами работало. Тем не менее, она призвала к увеличению ресурсов, выделяемых на сокращение предложения наркотиков.

«Социальная защита в тюрьмах». Комиссия выявила срочную необходимость в выделении дополнительного финансирования пенитенциарной системы и службы по контролю за условно освобожденными, особенно в плане интенсификации проводимых ими мер по борьбе с наркоманией.

Улучшение подготовки специалистов и исследовательская работа. Комиссия призвала к улучшению знаний о наркоситуации, законов и мер по контролю, методик профилактики и лечения, а также эффективности профилактических мер и мер по лечению.

Национальный план действий по наркотикам

Результаты работы Комиссии по наркотикам легли в основу создания Национального плана действий по наркотикам, принятого правительством в январе 2002 г. Национальный план действий по наркотикам (2002—2005 гг.) ставил три основных цели:

- 1) сокращение числа лиц, употребляющих наркотические вещества;
- 2) побуждение большего числа наркоманов к отказу от своей привычки;
- 3) сокращение предложения наркотиков.

Для применения на практике идеи об обществе, свободном от наркотиков, было признано необходимым:

- вовлечение в работу большего числа людей;
- увеличение числа людей, которые должны сказать «нет» наркотикам;

- увеличение числа людей, которые должны знать об отрицательных последствиях употребления наркотиков для здоровья;

- снижение числа людей, начинающих употребление наркотиков (это должно достигаться сокращением желаний молодых людей экспериментировать с наркотиками и разложением сообществ и культур, стимулирующих первое употребление наркотиков);

- повышение числа наркоманов, которые должны получать помощь в организации жизни, свободной от преступности;

- сокращение доступности наркотиков.

Зоны деятельности, предусмотренные Планом действий, включают, между прочим, новые программы, проводимые в школах; интервенции, нацеленные на уязвимые группы; надлежащую помощь наркоманам; выделение 10 млн евро на совершенствование пенитенциарной системы и службы по контролю за условно освобожденными; информационные кампании.

План действий предусматривает, тем не менее, более отчетливую ориентацию на достижение конкретных целей, большую координацию действий на местном, региональном и общенациональном уровнях с целью сокращения спроса на наркотики и их предложения. С этой целью правительством был назначен Национальный координатор наркополитики, основной задачей которого является проведение в жизнь Национального плана действий. Основными его задачами стали:

- развитие сотрудничества между официальными лицами, муниципальными и местными советами, НПО и т.д.;

- формирование общественного мнения;

- оказание поддержки муниципальным и местным советам в развитии местных стратегий;

- инициирование разработки новых методик, научно-исследовательская работа;

- исполнение роли представителя правительства по всем вопросам, связанным с наркотиками;

- оценка Плана действий;

- представление регулярных отчетов в правительство (не реже одного раза в год).

Планом также подчеркивалась необходимость проведения интенсивных мер по приданию вопросам наркомании надлежащего политического приоритета, улучшения сотрудничества между государственными служащими, а также государственными служащими и организациями частного сектора, улучшения профилактики и лечения путем развития соответствующих методик и подготовки специалистов, расширения перспектив лечения в рамках системы исполнения наказаний, повышения эффективности мер в области контроля за наркотиками, улучшение методов мони-

торинга развития ситуации в области наркомании и общественного отклика на эту ситуацию, развития международного сотрудничества.

На реализацию плана в течение 4 лет было выделено 325 млн шведских крон (примерно 44 млн долл. США). На практике инвестиции составили около 405 млн шведских крон (более 50 млн долл. США, или свыше 40 млн евро по курсу 2006 г.). Значительная часть этих средств была израсходована на поддержку исследований с целью повышения эффективности принимаемых мер. Бюджетом не были предусмотрены дополнительные ассигнования, поскольку Координатор наркополитики не взял на себя полномочий других общенациональных органов власти или органов власти на региональном и местном уровнях.

Правительство предоставило дополнительные средства для развития профилактической политики на местном уровне, выделяя целевые гранты на развитие профилактики на местах, включая найм местных координаторов наркопрофилактики на основе распределения затрат в соотношении 50:50. В результате большинство муниципальных образований Швеции в настоящее время имеют подобных координаторов. Координаторы занимаются вопросами алкоголизма и наркомании, основываясь на шведской модели здравоохранения, предусматривающей интегральную профилактику на коммунальном уровне.

Деятельность аппарата Национального координатора наркополитики послужила своего рода катализатором и действующей силой в мобилизации общества на всех уровнях для достижения единой цели: сокращения потребления наркотиков для приближения к итоговой цели — построению общества, свободного от наркотиков. Делая это, Национальный координатор наркополитики служит еще одной цели: придания человеческого лица неким политическим абстракциям. До сих пор именно этого не хватало шведской наркополитике: общенационального защитника дела борьбы с наркотиками и ее координации, ответственного за проведение наркополитики.

В большинстве случаев проведению какой-либо политики идет только на пользу, если она поддерживается личностью, занимающей лидирующую роль в ее сфере компетенции. В то время как на протяжении 1970-х и 1980-х годов эта роль выполнялась такими людьми, как покойный Нильс Бейрут, которому удалось мобилизовать широкие слои населения, в 1990-х годах шведам пришлось столкнуться с определенным вакуумом в этой области. Теперь этот вакуум заполнен — с институциональной точки зрения — намного более рационально, чем ранее.

Аппарат Национального координатора наркополитики преуспел в привлечении внимания к вопросам

наркотиков и поднятию общественного интереса к этой проблеме, что также послужило сигналом для местных властей более серьезно относиться к вопросам, связанным с наркотиками.

Действующая модель политики оказалась успешной и поэтому была поддержана. Новая шведская антинаркотическая стратегия на период 2004—2007 гг. продолжает линию рестриктивной наркополитики. Это включает в себя нулевую толерантность к употреблению наркотиков. Преступления, связанные с наркотиками, должны неизбежно влечь за собой обвинение и криминальные санкции, а основным методом лечения зависимости должно быть и является лечение без применения наркотических веществ.

Новый Национальный план действий по наркотикам был единогласно одобрен парламентом в апреле 2006 г. Все партии согласились в том, что конечной целью шведской наркополитики продолжает оставаться стремление к обществу, свободному от наркотиков. Парламент также подчеркнул важность единого взгляда на проблему. Инициативы в области наркополитики должны быть нацелены как на спрос, так и на потребление. Существует широкое единство взглядов на окончательную цель наркополитики, а именно общество, свободное от наркотиков, а также на ее промежуточные цели: сокращение вовлечения в наркоманию молодых людей; предоставление наркоманам возможности прекратить употребление наркотиков и сокращение доступности наркотика. Существует также единство мнений по поводу проведения сбалансированного подхода к проблеме [42].

Цель наркополитики сформулирована следующим образом: наркополитика основывается на праве на достойную жизнь в обществе, которое оберегает потребность индивида ощущать себя в безопасности и быть уверенным в своем будущем. Наркотическим веществам никогда не должно быть позволено угрожать ни здоровью, качеству жизни и безопасности личности, ни общему благосостоянию общества или развитию демократии. Цель — это общество, свободное от наркотиков [43].

Перспективы шведской наркополитики

Шведская наркополитика находится в полном соответствии с тремя антинаркотическими конвенциями ООН: Единой конвенцией о наркотических средствах 1961 г.; Конвенцией о психотропных веществах 1971 г.; Конвенцией о борьбе против незаконного оборота наркотических средств и психотропных веществ. Международный комитет по контролю за наркотиками, независимый квазисудебный экспертный орган, отвечающий за мониторинг применения правительствами указанных договоров, в 2004 г. направил свою миссию в Швецию. Эксперты одобрили последовательные усилия правительства Швеции по борьбе с наркоманией и незаконным оборотом наркотиков, находящиеся в соответствии с международными

договорами по контролю за наркотиками [44]. Наркозаконодательство Швеции во многих случаях жестче требуемого в соответствии с соглашениями, которые, например, не требуют наказания за употребление (в отличие от хранения) наркотиков. В то же время подобные правовые нормы вполне допустимы, правительства многих стран в своих национальных законодательствах применяют более жесткие меры, нежели того требуют Конвенции.

Шведская идея общества, свободного от наркотиков, не уникальна в своем роде. Она разделялась многими ее северными соседями. План мероприятий по противодействию проблемам, вызываемым употреблением наркотиков и алкоголя, принятый в 2002 г. правительством Норвегии, указывает, что «основная идея, формирующая норвежскую политику контроля за наркотиками, — это общество, свободное от наркомании» [45]. Финляндия в 2002 г. сформулировала основную задачу по контролю за наркотиками в стране как «предотвращение наркомании и распространения наркотиков с целью снижения их пагубного воздействия на индивидов и сокращения вызываемых наркоманией экономических потерь» [46]. В Исландии в течение нескольких лет проводилась программа «Исландия без наркотиков 2002», в рамках которой проводился ряд профилактических мероприятий и которая была признана успешной в деле мобилизации общества на борьбу с наркоманией [47].

Только Дания постоянно занимала несколько отличную позицию. Уже в 1994 г. объединенное политическое заявление, совместно подготовленное Министерством юстиции, по социальным вопросам и здравоохранения, озаглавленное «борьба с наркоманией — элементы и проблемы», утверждало, что «построение общества, свободного от наркотиков, вероятно, невозможно». Та же точка зрения отражена и в Плана действий против наркомании 2003 г., принятом правительством Дании в октябре того же года. Там, в частности, говорится: «Очевидно, что желательным было бы создание такого общества, где отсутствует наркомания, однако, с реалистичной точки зрения, подобную цель следовало бы рассматривать как недостижимую. Ни одно из правительств ни одной страны мира не в состоянии было «разрешить» проблему наркомании» [48]. Тем не менее, далее документ указывает, что «было бы целиком и полностью ошибочным утверждать, что предпринимавшиеся обществом в течение нескольких десятков лет усилия по борьбе с наркоманией оказались безуспешными, в том числе и потому, что для их реализации никогда не выделялись неограниченные ресурсы» [49].

В последние несколько лет некоторые страны Северной Европы, очевидно, приняли тот же подход к вопросу, в особенности если говорить о членах или ассоциированных членах ЕС. Финляндия, например, сейчас придерживается позиции, что «общество, свободное от наркотиков, не является реалистичной

ЗАРУБЕЖНАЯ АНТИНАРКОТИЧЕСКАЯ ПОЛИТИКА

целью при проведении антинаркотических кампаний» [50]. Действующий в настоящее время основной политический документ не делает никаких ссылок на идеал общества, свободного от наркотиков, и его основной целью является «привнесение постоянных перемен к лучшему в наркоситуацию в Финляндии» [51]. Норвегия, в особенности в связи с введением инъекционных комнат, похоже, также отходит от идеи общества, свободного от наркотиков. В соответствии с правительственным заявлением, инъекционные комнаты были организованы в том числе и для того, чтобы «способствовать оценке эффекта освобождения от наказания за хранение и использование наркотиков в специально определенных зонах» [52].

В рамках ЕС стратегия контроля за наркотиками сформулирована в весьма общих положениях, предоставляя каждому государству-члену достаточно широкие рамки для проведения своей национальной политики в этой области. Ни ныне действующий План действий ЕС по наркотикам (2005—2008 гг.), ни Стратегия ЕС (2005—2012 гг.) не ссылаются на понятие "общество, свободное от наркомании", не говоря уже о том, чтобы считать это основополагающей идеей или принципом.

Дебаты по вопросу шведской наркополитики усилились в 1995 г., после вступления Швеции (вместе

с Австрией и Финляндией) в Европейский союз. Из трех новых членов этой организации Швеция проводила, возможно, самую рестриктивную наркополитику. Принимая во внимание низкий, в сравнении с другими государствами—членами ЕС, уровень наркомании, политика Швеции рассматривалась в качестве успешной и на этот опыт постоянно ссылались при обсуждении вопросов наркополитики [53]. Тем не менее, подобное развитие событий не встретило единодушного одобрения. Если заявление одного из исследователей, что вступление Швеции в ЕС «парализовало развитие общей тенденции к либерализму», [54] следует, скорее, рассматривать как преувеличение, нельзя не отметить, что гармонизированная наркополитика ЕС продолжает оставаться труднодостижимой целью. Несмотря на это, государства—члены ЕС являются участниками соглашений ООН и вследствие этого обязаны выполнять их положения.

Что касается объемов инвестиций в политику контроля за наркотиками, то исследование, проведенное Европейским центром мониторинга наркомании и потребления наркотиков, показало, что после Голландии Швеция имеет наибольшие затраты на душу населения в этой области как в евро, так и в процентах от ВВП (таблица).

Окончание читайте в следующем номере

Таблица

Связанные с наркотиками затраты на душу населения (евро и % от ВВП)
Источник: Государственные затраты, связанные с наркотиками, в ЕС 2000—2004 гг., EMCDDA, 2004 г.

	На душу населения	% от ВВП
Голландия	139	0,66
Швеция	107	0,47
Великобритания	68	0,35
Люксембург	54	0,15
Ирландия	49	0,27
Финляндия	31	0,15
Бельгия	18	0,09
Австрия	18	0,08
Франция	16	0,08
Дания	14	0,05
Италия	11	0,06
Португалия	9	0,10
Испания	9	0,07
Германия	9	0,04
Греция	2	0,02
Примечание.		Ирландия: население 3 745 000, ВВП 67 861 млн евро;
Австрия: население 8 114 000, ВВП 181 937 млн евро;		Италия: население 56 952 000, ВВП 1 011 08 млн евро;
Бельгия: население 10 214 000, ВВП 214 961 млн евро;		Люксембург: население 431 000, ВВП 15 410 млн евро;
Дания: население 5 312 000, ВВП 148 975 млн евро;		Голландия: население 15 754 000, ВВП 332 513 млн евро;
Финляндия: население 5 171 000, ВВП 107 900 млн евро;		Португалия: население 9 983 000, ВВП 92 031 млн евро;
Франция: население 59 099 000, ВВП 1 244 312 млн евро;		Испания: население 39 418 000, ВВП 492 989 млн евро;
Германия: население 82 087 000, ВВП 1 870 714 млн евро;		Швеция: население 8 868 000, ВВП 201 024 млн евро;
Греция: население 10 553 000, ВВП 106 742 млн евро;		Великобритания: население 59 333 000, ВВП 1 165 057 млн евро

Список литературы

1. Leonard Goldberg, Drug abuse in Sweden, Bulletin on Narcotics, 1968, No. 1
2. Leonard Goldberg, Drug abuse in Sweden, Bulletin on Narcotics, 1968, No. 1
3. SOU 1967:25. Narkotikaproblemet, Del 1. Kartläggning och vard. Betänkande avgivet av narkoman-varidskommitten. Stockholm, Allmanna, 1997
4. SOU 1967:41 Narkotikaproblemet. Del.2. Kontrollsystemet. Betänkande avgivet av narkomanvaridskommitten, Stockholm, 1967
5. Esbjorn Esbjornson, The drug problem in Sweden-from the police point of view, Bulletin on Narcotics, 1971, No.1
6. Esbjorn Esbjornson, The drug problem in Sweden-from the police point of view, Bulletin on Narcotics, 1971, No.1
7. A restrictive policy. The Swedish experience, National Institute of Public Health, Sweden, 1993
8. Leif Lenke, Borje Olsson, Drugs on prescription — the Swedish experiment of 1965-1967 in retrospect, European Addiction Research 1998, 4
9. A restrictive policy. The Swedish experience, National Institute of Public Health, Sweden, 1993
10. Leif Lenke, Borje Olsson, Drugs on prescription — the Swedish experiment of 1965-1967 in retrospect, European Addiction Research 1998, 4
11. A restrictive policy. The Swedish experience, National Institute of Public Health, Sweden, 1993
12. Leif Lenke, Borje Olsson, Drugs on prescription — the Swedish experiment of 1965-1967 in retrospect, European Addiction Research 1998, 4
13. Legal narkotikadod (Legal Drug Death) by Carl-Axel Akerman, Sobers Forlag AB 1978 (ISBN 91-7296-061-2).
14. Nils Bejerot, Drug Abuse and Drug Policy, Stockholm 1975.
15. Legal narkotikadod (Legal Drug Death) by Carl-Axel Akerman, Sobers Forlag AB 1978 (ISBN 91-7296-061-2).
16. <http://www.nilsbejerot.se/om.htm> and Tim Boekhout van Solinge, The Swedish Drug Control System, An in-depth Review and Analysis, Amsterdam 1997.
17. Leif Lenke, Borje Olsson, Drugs on prescription — the Swedish experiment of 1965-1967 in retrospect, European Addiction Research 1998, 188.
18. Leif Gronbladh, A National Swedish Methadone Program, 1966-1989, Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1325, Uppsala, 2004, 22.
19. William B. McAllister, Drug diplomacy in the twentieth century — An international history, Routledge, London, 2000, 228
20. William B. McAllister, Drug diplomacy in the twentieth century — An international history, Routledge, London, 2000, 228
21. William B. McAllister, Drug diplomacy in the twentieth century — An international history, Routledge, London, 2000, 229
22. United Nations Conference to consider amendments to the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, Geneva 6-24 March 1972 (E/CONF.63/10), Volume I, 5
23. United Nations Conference to consider amendments to the Single Convention on Narcotic Drugs, 1961, Geneva 6-24 March 1972 (E/CONF.63/10), Volume I, 5
24. Leif Gronbladh, A National Swedish Methadone Program, 1966-1989, Acta Universitatis Upsaliensis, Comprehensive Summaries of Uppsala Dissertations from the Faculty of Medicine 1325, Uppsala, 2004, 1
25. A restrictive policy. The Swedish experience, National Institute of Public Health, Sweden, 1993
26. Government bill Prop 1977/78:105, unofficial translation from the Deputy National Drug Policy Coordinator, Sweden, 2 August 2006
27. Government bill Prop 1977/78:105, unofficial translation from the Deputy National Drug Policy Coordinator, Sweden, 2 August 2006
28. Government bill Prop 1977/78:105, unofficial translation from the Deputy National Drug Policy Coordinator, Sweden, 2 August 2006
29. Government bill Prop 1984/85:19, unofficial translation from the Deputy National Drug Policy Coordinator, Sweden, 2 August 2006
30. National strategies: EMCDDA Country Profile Sweden, December 2002, accessed at <http://www.emcdda.europa.eu/?fuseaction=public.AttachmentDownload&nNodeID=1793>, August 2006, 54
31. The Care of Alcoholics, Drug Abusers and Abusers of Volatile Solvents (Special Provisions) Act (1988:870), UNODC Legal Library, E/NL.1996/56
32. Section 4 (2) of the Act
33. Section 4 (3) of the Act
34. EMCDDA Report 1999
35. Mats Ramstedt, The drug problem in Sweden in 1979—1997 according to official statistics, in Hakan Leifman and Nina Edgren Henrichson (eds), Statistics on alcohol, drugs and crime in the Baltic Sea region, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Publication Nr. 37, Helsinki, 2000
36. National Council for Crime Prevention (BRA): The criminalisation of narcotic drug misuse — an evaluation of criminal justice system measures, English summary, Stockholm, 2000, 42
37. National Council for Crime Prevention (BRA): The criminalisation of narcotic drug misuse — an evaluation of criminal justice system measures, English summary, Stockholm, 2000, 42
38. National Council for Crime Prevention (BRA): The criminalisation of narcotic drug misuse — an evaluation of criminal justice system measures, English summary, Stockholm, 2000, 42
39. Vagvalet-den narkotikapolitiska den narkotikapolitiska utmaningen, SOU 2000:126, p.33
40. Vagvalet-den narkotikapolitiska den narkotikapolitiska utmaningen, SOU 2000:126, p.33
41. Vagvalet-den narkotikapolitiska den narkotikapolitiska utmaningen, SOU 2000:126, p.33
42. Unofficial translation by the Deputy National Drug Policy Coordinator, Sweden, 13 July 2006
43. Unofficial translation by the Deputy National Drug Policy Coordinator, Sweden, 13 July 2006
44. Report of the International Narcotics Control Board for 2004, paragraph 540
45. Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union — a descriptive review, EMCDDA, 2002, 21
46. Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union — a descriptive review, EMCDDA, 2002, 21
47. A Drug Free Iceland — a Five-Year Project: Aims, Means and Achievements, An Address by Dógg Pálsdóttir to the Conference of the European Cities Against Drugs, Reykjavik, Iceland, April 25, 2002
48. The Fight Against Drugs — Action Plan Against Drug Abuse, The Danish Government, October 2003, 5
49. The Fight Against Drugs — Action Plan Against Drug Abuse, The Danish Government, October 2003, 5
50. Ann Christin Rognmo Olsen, National Policies and Contexts, in Petra Kouvousen, Astrid Skretting and Pia Rosenqvist, (eds), Drugs in the Nordic and Baltic countries: Common concerns, different realities, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Publication Nr. 48, Helsinki, March 2006.
51. Government Resolution on a Drug Policy Action Program in Finland 2004 — 2007. Helsinki 2004, 2
52. Paragraph 1 of the regulations relating to the trial scheme of premises for drug injection (the Injection Rooms Scheme) contained in http://odin.dep.no/filarkiv/242619/Provisional_Act_No_64_Sproyteromsloven_.pdf, accessed August 2006
53. Boekhout van Solinge, Tim (1997), The Swedish drug control policy. An in-depth review and analysis. Amsterdam, Uitgeverij Jan Mets/CEDRO, 10
54. Caroline Chatwin, Drug policy developments within the European Union—the destabilizing effects of Dutch and Swedish drug policies, The British Journal of Criminology, Summer 2003, 571.